



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**“FRECUENCIA DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CONTRA
MANEJO EXPECTANTE Y SUS COMPLICACIONES EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2019.”**

Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico

Autores:

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez

C.I. 0105501563

Correo electrónico: g.orkito@hotmail.com

Claudia Nicole Quinde Martínez

C.I. 0104806955

Correo electrónico: clau_quinde@hotmail.com

Directora:

Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo.

C.I. 0101755379

Cuenca – Ecuador

23-septiembre-2021



RESUMEN

Antecedentes: El parto es un proceso en el que la mujer expulsa al feto y la placenta al final de la gestación atravesando por tres fases, la fase de dilatación, expulsión y alumbramiento. El manejo del parto por parte del profesional de salud puede ser de manera inducida o expectante dependiendo de las necesidades individuales de cada paciente.

Objetivo General: Determinar la frecuencia de inducción de trabajo de parto y de manejo normal y sus complicaciones en mujeres atendidas en el área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo cuantitativo. El universo-muestra estuvo representado por 100 pacientes que acudieron en labor de parto a obstetricia durante el año 2019. Los datos se transcribieron y analizaron en el programa Epi Info y SPSS mediante la implementación de tablas simples y de doble entrada utilizando frecuencia, media y desvió estándar.

Resultados: La muestra lo conformo 100 mujeres, la media de edad fue de 24 años (DS 6.86) El trabajo de parto inducido estuvo presente en el 64% de las pacientes.

Conclusión: Se concluyó que la mayoría de mujeres en trabajo de parto necesitaron inducción para culminar el parto.

Palabras clave: Inducción. Manejo expectante. Trabajo de parto. Complicaciones.



ABSTRACT

"FREQUENCY OF LABOR INDUCTION AGAINST EXPECTANT MANAGEMENT AND ITS COMPLICATIONS IN WOMEN TREATED IN GYNECOLOGY AREA AT VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL IN THE YEAR OF 2019."

Background: Childbirth is a process in which the woman expels the fetus and the placenta at the end of the pregnancy, going through three phases, the phase of dilation, expulsion and delivery. The management of labor by the health professional can be induced or expectant, depending on the individual needs of each patient.

General objective: To determine the frequency of induction of labor and normal management and its complications in women treated at the obstetric area of the Vicente Corral Moscoso Hospital during 2019.

Methodology: A descriptive, retrospective quantitative study was carried out. The universe-sample was represented by 100 patients who attended obstetrics during labor throughout the year 2019. The data were transcribed and analyzed in the Epi Info and SPSS program through the implementation of simple and double-entry tables using frequency, mean and standard deviation.

Results: The sample was made up of 100 women, the mean age was 24 years (SD 6.86). Induced labor was present in 64% of the patients.

Conclusion: It is concluded that the majority of women in labor required induction to complete delivery.

Key words: Complications, induction, expectant management, labor.



INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| Cláusula de propiedad intelectual | 7 |
| Cláusula de propiedad intelectual | 9 |
| AGRADECIMIENTO | 10 |
| <i>Nuestros mejores pensamientos vienen de otros.</i> | 10 |
| <i>Ralph Waldo Emerson.</i> | 10 |
| AGRADECIMIENTO | 12 |
| DEDICATORIA | 13 |
| CAPITULO I | 14 |
| 1.1 Introducción | 14 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 15 |
| 1.3 Justificación | 17 |
| CAPITULO II | 18 |
| MARCO TEORICO | 18 |
| CAPITULO III | 24 |
| 3.1. Objetivo General | 24 |
| 3.2. Objetivo Especifico | 24 |
| CAPITULO IV | 25 |
| DISEÑO METODOLOGICO | 25 |
| 4.1 Tipo de estudio | 25 |
| 4.2. Área de estudio | 25 |
| 4.3 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra. | 25 |
| 4.4 Criterios de inclusión y exclusión. | 25 |
| 4.5. Variables | 26 |
| 4.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 26 |
| 4.7. Tabulación y análisis | 27 |
| 4.8. Aspectos éticos | 27 |
| CAPITULO V | 29 |
| RESULTADOS Y ANALISIS | 29 |
| CAPITULO VI | 34 |
| DISCUSION | 34 |
| CAPITULO VII | 36 |



| | |
|---|-----------|
| CONCLUSIONES | 37 |
| RECOMENDACIONES..... | 37 |
| CAPITULO VIII..... | 38 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| BIBLIOGRAFIA | 39 |
| CAPITULO IX..... | 45 |
| ANEXOS..... | 45 |
| Anexo 1: Operacionalización de variables..... | 45 |
| Anexo 2: Formulario de recolección de datos..... | 49 |



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Claudia Nicole Quinde Martínez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, “FRECUENCIA DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CONTRA MANEJO EXPECTANTE Y SUS COMPLICACIONES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2019.” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en le repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de septiembre del 2021.

Claudia Nicole Quinde Martínez
C.I: 0104806955



Cláusula de propiedad intelectual

Claudia Nicole Quinde Martínez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, “FRECUENCIA DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CONTRA MANEJO EXPECTANTE Y SUS COMPLICACIONES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2019.” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de septiembre del 2021.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Claudia Nicole Quinde Martínez", with a horizontal line extending to the right.

Claudia Nicole Quinde Martínez

C.I: 0104806955



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, “FRECUENCIA DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CONTRA MANEJO EXPECTANTE Y SUS COMPLICACIONES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2019.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en le repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de septiembre del 2021

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez

C.I. 0105501563



Cláusula de propiedad intelectual

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, “FRECUENCIA DE INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CONTRA MANEJO EXPECTANTE Y SUS COMPLICACIONES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2019.” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de septiembre del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gorky', with a stylized flourish.

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez

C.I. 0105501563



AGRADECIMIENTO

Nuestros mejores pensamientos vienen de otros.

Ralph Waldo Emerson.

Estas páginas donde se redacta un estudio científico realizado en algunos meses no es más que el listón que se corta al inaugurar una nueva escultura que inmortaliza un símbolo de algo que apenas acaba de empezar, en pocas palabras esta obra es básicamente un capítulo en todos mis años de formación, en todos los años de trabajo y aprendizaje que apenas es el brillo de una estrella en un universo lleno de estrellas cuya luz esta por manifestarse. por eso debo agradecer a la persona que hizo todo esto posible, debo agradecerme a mí, agradecerme por todo lo que he hecho, pero principalmente por todo lo que haré con el tiempo que me queda, porque cada persona es responsable de sus logros, sus errores y de cómo gasté su propio tiempo. Sin embargo, precaria de ingrato si no mencionara de forma específica a todas las personas que contribuyeron en mi evolución: Lorena Vélez, Mónica Vélez, Martha Illescas, Gorky Rodríguez, Mateo Vargas, Carolina Illescas, Raúl Rodríguez Sr. Y Raúl Rodríguez Jr. Los mejores maestros que la vida me pudo obsequiar, cada una de estas personas me han enseñado como y porque vivir. Dr. Edison Vargas, Ing. Santiago Serrano Burgos y Fabián Vallejo mis esquinas, mi equipo, no pude haber deseado mejores personas para compartir historias y disfrutar los pequeños detalles de la vida. Sin ustedes la vida no sería divertida.

Sobre todo, quiero agradecer a mi compañera de vida, Claudia, la copiloto que se duerme y se despierta al final de cada viaje, no pude desear mejor compañera para pilotear este avión que viaja sin mapa ni rumbo, pero si con dirección, este viaje no sería lo mismo si no te hubiera conocido.

Quiero también agradecer a cada persona buena que ha formado parte de mi vida, porque siempre hay un familiar, un amigo o un desconocido que te enseña, te ayuda o simplemente te acompaña en silencio. Les agradezco por aportar algo no sólo a mi vida si no también a la vida de cada persona que los rodea.



Universidad de Cuenca

Y al final pero no menos importante, quiero agradecer a todas las malas personas del mundo por recordarnos que el mundo no es perfecto, a mis enemigos que tanto me han ayudado en mi carrera y a la competencia por darme una motivación extra. Para no olvidar que el camino está lleno de curvas peligrosas, de rocas y baches. Sin ustedes me dormiría al volante.

Gorky Sebastián Rodríguez Vélez



AGRADECIMIENTO

*El éxito se mide en la cantidad de personas buenas que nos rodean.
Anónimo*

Esta investigación representa un eslabón de muchos que debí atravesar para culminar mi tan esperada carrera de medicina, esta culminación se la debo a muchas personas que en el transcurso de estos siete años me brindaron su apoyo incondicional tanto en momentos buenos como difíciles.

Dedico esta investigación a Marcelo por el café de la mañana y su compañía, a Lorena por motivarme para no rendirme pese a tantos intentos, a Fabiola por inspirarme cada día y controlar mis crisis, a mí amado Gorky por ser mi pareja, colega y soporte incondicional, a Lore y Marthi por alimentarme en las guardias y apoyarme siempre. A mi amiga Mónica por brindarme su sincera amistad y su ayuda sin dudar gracias.

A mis hermanos, prima querida y tías por su apoyo incondicional. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Claudia Nicole Quinde Martínez



DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado a todas las personas que se preocupan por ser mejores, que intentan enriquecer la vida de los demás, esas personas que nos han precedido y han intentado hacer del mundo un lugar mejor.

Claudia Nicole Quinde Martínez
Gorky Sebastián Rodríguez Vélez



CAPITULO I

1.1 Introducción

La labor de parto es un proceso fisiológico en la cual el feto, las membranas, el cordón umbilical y la placenta son expulsadas fuera del útero. Existen varios estadios durante la labor de parto, la primera fase comienza con contracciones uterinas regulares que terminan con la dilatación cervical completa llegando a 10cm, la misma se divide en una fase latente que inicia con contracciones progresivas de tipo suaves e irregulares que reblandecen y acortan el cérvix y una fase activa que inicia cuando el cérvix esta dilatado entre 3 a 4 centímetros y está caracterizada por una rápida dilatación cervical y el descenso fetal.

Durante el segundo estadio se inicia con la dilatación completa del cuello uterino y termina con la expulsión del feto comenzando así la tercera etapa del parto que es el alumbramiento que comprende la salida de la placenta y las membranas fetales, en mujeres nulíparas esta fase se puede prolongar a más de 3 horas. El alumbramiento suele tener una duración de 30 minutos aproximadamente si es que este tiempo se prolonga se puede administrar oxitocina u otros uterotónicos como una intervención activa. (1,2)

A medida que se atraviesan estas fases existen movimientos cardinales por los que pasa el feto, como, encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

Mientras la madre se encuentra en labor de parto se debe realizar un examen físico en el que se valora la presentación fetal, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, un tacto vaginal que permite evaluar el grado de dilatación que varía entre 0-10 cm, la posición del feto y la consistencia del cuello uterino. De esta manera persiste la labor de parto por un tiempo dependiendo de si la madre es nulípara o multípara. En ocasiones el tiempo promedio de labor se alarga en la segunda etapa poniendo en riesgo tanto al feto como a la madre por lo que el manejo expectante que incluye un parto espontaneo puede cambiar



a un manejo activo en el que se realiza la inducción del parto con la administración de uterotonicos como oxitocina, prostaglandinas lo que puede evitar complicaciones como hemorragia posparto, pero puede generar en la madre nausea y vomito.

Existen circunstancias que ameritan y benefician al feto al momento de inducir el parto como en ruptura prematura de membranas en donde es necesario inducir el trabajo de parto para reducir el riesgo de coriamnionitis. (3, 4,5)

Para la inducción de un parto se evidencian condiciones maternas y fetales, como edad gestacional, cérvix favorable y como contraindicaciones incluye, vasa previa, placenta previa, prolapso de cordón umbilical.

Dos métodos de inducción de parto han sido establecidos, el método tradicional consiste en utilizar dosis bajas de oxitocina la cual se puede incrementar en intervalos largos. Por ejemplo se inicia con 1ml ui/min y se incrementa 1-2 ml ui/min cada 20 a 30 minutos hasta llegar a una adecuada contracción uterina.

Otra clase de manejo activo es mediante infusión de oxitocina. La inducción del parto puede ser beneficiosa para la madre al reducir la probabilidad de fiebre materna Que es ocasionada con el uso del misoprostol (6,7)

Durante el parto debe existir control de dolor materno este suele realizarse con derivados de opioides como fentanilo y como una medida alternativa anestesia regional. Esto generara satisfacción en la experiencia de dar a luz y reduce la duración de labor de parto. (8)

1.2 Planteamiento del problema

En Ecuador la tasa de nacimientos en el 2019 fue de 285.827 de los cuales no se tiene datos exactos acerca de cuantos partos se realizaron de manera expectante o inducida, pero existen guías de manejo clínico para la atención del parto en la que constan condiciones para realizar una inducción, entre las cuales tenemos todos los nacimientos a término, ruptura prematura de membranas que genera beneficio tanto a la madre como al feto, hipertensión y preclamsia,



coriamnionitis, edad materna, obesidad materna, restricción de crecimientos fetal entre otros. (10)

De igual manera resulta importante destacar las posibles complicaciones que conlleva la inducción del parto como, hiperestimulación, hiponatremia, hipotensión, síntomas gastrointestinales, arritmia. Es importante ver a la paciente en todos sus ámbitos ya que si tiene un índice de masa corporal elevada y una edad mayor a 35 años el riesgo de complicaciones por inducción será mayor. (9)

En datos recolectados por la OMS a nivel de Latinoamérica en el año 2011 se evidenció que en una muestra de 37444 mujeres con embarazos de bajo riesgo 11 077 de ellas tuvieron un parto inducido, mientras que 1847 (16.7%) tuvieron un parto normal, el método más utilizado para la inducción fue la oxitocina en un 83% de los casos como fármaco único o en combinación con otros medicamentos. El 88.2% de los partos inducidos fueron vaginales. (10)

La encuesta mundial en Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre 2004 y 2008, cuyos resultados fueron publicados en 2013 mostró que la prevalencia promedio de inducción del trabajo de parto es de 10.5%, aunque existe un amplio margen en distintas partes del mundo, con límites mínimo y máximo en Nigeria y Sri-Lanka, con 1.5 y 32%, respectivamente. (11)

Datos recolectados en instituciones de tercer nivel en la ciudad de México muestran que 14% de los embarazos terminan mediante este procedimiento. (7)

Mediante el presente estudio se desea recolectar datos que nos lleven a un análisis donde nos indique estadísticas a cerca de cuantos partos se realizaron de manera normal e inducida en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2019 y así determinar el riesgo beneficio sobre la inducción electiva de parto.



1.3 Justificación

La importancia de la ejecución del presente estudio radica en evidenciar las ventajas o desventajas de la labor de parto normal y la labor de parto inducido, de esto dependerá un adecuado manejo del trabajo de parto que nos da como resultado una madre y su hijo en óptimas condiciones. Por lo cual a través de la actual investigación se busca encontrar datos de la frecuencia en el tipo de atención al momento del parto en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2019.

Los datos obtenidos en este estudio son de utilidad para la comunidad científica de la ciudad de Cuenca y beneficiaran tanto en un ámbito científico, educativo para los profesionales de salud y lo más importante a la comunidad, es decir mejorará la conducta que se otorgará en la atención de parto a la población de embarazadas de la ciudad de Cuenca, ayudando a determinar de manera individual el accionar por parte del profesional de salud al momento de toma de decisiones si el parto debe ser tratado de manera normal o inducido.

Este estudio en relación a las líneas de investigación del MSP, pertenece a la línea de investigación de obstrucción de la labor y a la sublínea de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. Se busca aportar mayor evidencia acerca de cuál es el manejo óptimo según cada paciente atendida al momento del parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Los resultados obtenidos se difundirán los resultados de manera pública en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca como trabajo de titulación de la carrera de Medicina, dentro del área de Ginecología en la línea de investigación de manejo de parto.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

Definición de trabajo de parto

El trabajo de parto es el proceso que culmina con el alumbramiento. Empieza con el inicio de contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. (12)

Definición de parto inducido

La inducción del trabajo de parto pretende emular el proceso del trabajo de parto espontáneo, que en condiciones normales inicia después de la semana 40 de gestación, con actividad progresiva del miometrio, seguido de cambios en el cérvix y al final, ruptura de las membranas corioamnióticas, eventos que preceden a la expulsión del feto. Los mecanismos que controlan esta secuencia de eventos naturales son poco comprendidos; sin embargo, la inducción del trabajo de parto contempla la estimulación secuencial o simultánea de dos etapas: 1) dilatación y borramiento del cuello uterino y 2) contracciones uterinas. (11)

Criterios para inducción del parto

Existen ciertos criterios para realizar la inducción de trabajo de parto: como establecer con certeza que el procedimiento ofrece el mejor desenlace para la madre y el feto, confirmar la edad gestacional, realizar la evaluación obstétrica completa y contar con infraestructura para enfrentar las posibles complicaciones. Existen diferentes opciones para la inducción del trabajo de parto; sin embargo, en los últimos años se ha generalizado la prescripción de análogos de prostaglandinas (misoprostol) en todo el mundo. (11)



Las principales recomendaciones de la OMS para inducción de trabajo de parto son en mujeres con embarazos de 41 semanas de gestación, en pacientes con ruptura prematura de membranas.

La inducción electiva es aquella que ocurre en ausencia de causas maternas o fetales de interrupción de embarazo y en aquellos embarazos antes de las 41 semanas de gestación. (13)

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists ha establecido una lista de verificaciones de seguridad para la paciente previa a la decisión de realizar una inducción. (14)

Se considera importante:

- Estimar de manera correcta la edad gestacional.
- Determinar la presentación fetal.
- Estimación del peso fetal.
- Realizar un examen cervical para decidir si está indicado un agente de maduración cervical.
- Evaluar el patrón de frecuencia cardíaca fetal para valorar si hay indicaciones claras de que es poco probable que el feto tolere el inicio del parto.
- Valorar el embarazo y el historial médico de la paciente en busca de factores de riesgo para posibles problemas que pueden desarrollarse durante el trabajo de parto y el alumbramiento.

Otro factor importante para proceder a la inducción es el estado cervical que hasta ahora no existen mejor herramienta que la escala de Bishop, es importante esta valoración ya que la inducción de trabajo de parto en el cérvix que no está en condiciones adecuadas tiene mayor incidencia con parto prolongado, parto instrumentado y parto por cesárea. (14,15)



Fármacos utilizados para la inducción del parto

En pacientes con cuello uterino desfavorable el proceso de inducción inicia con maduración cervical que conduce al borramiento y dilatación cervical, esto se puede lograr con agentes farmacológicos como oxitocina, dinoprostona, misoprostol y de igual manera con métodos mecánicos como la tradicional sonda Foley, catéter doble balón. (14)

Los principales agentes farmacológicos utilizados para la inducción del parto son las prostaglandinas sintéticas que actúan aumentando la contractilidad del miometrio, generando una disolución en puentes de colágeno e incrementando el contenido de agua a nivel del cérvix, es importante tener en cuenta que una actividad uterina periódica previa es una contraindicación relativa para el uso de prostaglandinas ya puede generar una sobreestimulación uterina llevando hacia una atonía de útero.

Como todo fármaco las prostaglandinas tienen efectos secundarios como, fiebre, escalofríos, taquisistolia, vómito, diarrea. (16)

Prostaglandinas utilizadas en la inducción:

- Oxitocina. Análogo sintético de un péptido de origen natural.

Vía de administración/Dosis: Vía venosa 1-6 mU/min con aumento cada 15 a 40 minutos con dosis máxima de 20-42 mU/min.

- Misoprostol. Análogo semisintético de prostaglandina E1.

Vía de administración/Dosis: Vía oral o vía vaginal, dosis de tabletas vaginales de 25mcg cada 3-4 horas o 50 mcg cada 6 horas, dosis oral de 25-50 mcg cada 6 horas. Con un máximo de tres dosis consecutivas (17).

- Método de dilatación mecánica con método farmacológico misoprostol.

Cuando la paciente está lista para ser inducida se la coloca en posición ginecológica, previa asepsia, se coloca la Sonda Foley en el espacio extraamniótico con espéculo vaginal y pinza de Forester, se instila con 50 -60 ml agua inyectable/ Solución Fisiológica NaCl 0.9%, posteriormente se corrobora



que el balón esté bien colocado por medio de ultrasonido. Se administran vía oral de 50 mcg de misoprostol cada 4 horas con un máximo de 3 dosis. (17)

- Método de dilatación mecánica con método farmacológico oxitocina.

Se coloca en posición ginecológica a la paciente, con previa asepsia, se coloca la Sonda Foley en el espacio extraamniótico con espéculo vaginal y pinza de Forester, se instila con 50-60 ml agua inyectable/ Solución Fisiológica NaCl 0.9%, posteriormente se corrobora que el balón esté bien colocado por medio de ultrasonido. Se administran por vía intravenosa con bomba de infusión de 5 UI de Oxitocina diluida en 500 cc de Sol. Fisiológica NaCl 0.9% o Hartmann, se inicia a 2 mUI/min y se aumenta cada 30 minutos a dosis respuesta con un máximo de 8mUI mientras el catéter siguiera en su lugar. (17)

La inducción permite culminar un parto eutócico y reduce la incidencia de cesárea. En un estudio aleatorizado realizados en 36 países de Latinoamérica disminuyo hasta 25% de cesáreas gracias a emplear inducción electiva.

En un estudio aleatorizado en el que 997 mujeres fueron examinadas y 491 analizadas de manera aleatorizada Levine et evidencio que al comparar la efectividad de la inducción esta se incrementaba cuando se combinada métodos farmacológicos y mecánicos llegando a un tiempo más rápido de alumbramiento que al utilizar un agente único, mujeres con misoprostol y sonda Foley dieron a luz dos veces más rápido que las mujeres que solo utilizaron misoprostol con un IC. 95%, mientras que al combinarla con oxitocina no fue estadísticamente diferencial. (18).

Un segundo estudio aleatorizado comparativo entre un manejo de parto expectante contra la inducción de labor de parto se evidenció que en un grupo de 6090 mujeres de las cuales en 3059 se realizó inducción de labor de parto pese a que la duración de trabajo de parto y el momento del parto no varió en duración la estadía hospitalaria tanto para la madre como para el hijo fue menor demostrando ventajas en la salud posparto. (19,20)



Complicaciones

Dentro de cada procedimiento medico pueden existir complicaciones desde leves, moderadas hasta graves. Para lograr un manejo de parto adecuado se debe realizar una correcta historia clínica, examen físico minucioso para elegir el plan de manejo basado en sus necesidades individuales y su estadio de labor de parto. Dentro de complicaciones en el manejo de parto normal tenemos:

- Hipotensión arterial
- Deshidratación
- Desgarro perineal en diferentes grados, sangrado excesivo, atonía uterina, hemorragia postparto.
- Labor de parto prolongado, en el que puede darse por contracción ineficiente de la pared muscular del útero es decir una hipodinamia uterina y el cérvix no dilata de manera adecuada.

La primera consideración de cualquier maniobra para inducción del trabajo de parto es la posibilidad, aún con el control de la mayor parte de los factores, de un procedimiento fallido y que resulte en cesárea o parto instrumentado. Por esta razón es relevante considerar los criterios de inclusión de la paciente y tener en mente esta complicación potencial.

La inducción del trabajo de parto puede complicarse con factores como: índice masa corporal mayor de 40, edad materna superior a 35 años, peso fetal estimado mayor de 4 kg o comorbilidades maternas (diabetes mellitus, etc.).

Otras complicaciones maternas asociadas con inducción del trabajo de parto incluyen: hiperestimulación, hiponatremia, hipotensión, síntomas gastrointestinales, arritmias y reacción anafiláctica. Los efectos secundarios más comunes, incluso asociados con prostaglandinas.

El uso de oxitocina en ocasiones genera riesgo de ruptura uterina y este riesgo se incrementa si existe multiparidad. Además puede existir taquisistolia, taquicardia, fiebre, entre otros. (21)



Estado del Arte

Tras evaluar el tipo de manejo de labor de parto que abarca expectante contra inducción, se detalla cómo se realiza cada procedimiento, sus riesgos, beneficios y sus complicaciones. Respecto al tema autores recomiendan que en mujeres con una edad gestacional mayor a 41 semanas se debe realizar inducción de parto para evitar complicaciones perinatales, al contrario con una edad gestacional menor entre 39 y 40 semanas la practica recomendada es evitar la inducción de parto, es decir optar un manejo normal. Sin embargo en la mayoría de estudios de observación en los que se ha realizado comparaciones entre un manejo expectante y el inducido no se ha demostrado mayor riesgo en los resultados tras utilizar la segunda opción. (21)

En comparación con un estudio realizado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander se evidencia como resultados que de 380 mujeres gestantes que iniciaron su labor de parto con manejo normal, el 47.9% ($n = 182$) cambiaron su plan a inducción de parto. Además el 97.6% de las mujeres gestantes no presentaron complicaciones durante su labor de parto, en el porcentaje restante se evidenciaron cuatro casos de hemorragia puerperal patológica, tres por desgarro y uno por atonía. (24)

No existen estudios concluyentes o similares realizados en Cuenca que nos demuestren cual es la frecuencia de manejo de parto expectante o manejo por inducción, pero mediante la presente investigación se logra aportar qué cantidad de pacientes han sido inducidas durante su labor de parto dentro de un periodo concreto de tiempo en el Hospital Vicente Corral Moscoso.



CAPITULO III

3.1. Objetivo General

- Determinar la frecuencia de inducción de trabajo de parto normal y sus complicaciones en mujeres atendidas en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019.

3.2. Objetivo Especifico

3.2.1 Identificar al grupo de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes estudiadas.

3.2.2 Determinar la frecuencia de partos inducidos y espontáneos.

3.2.3 Evidenciar las características en el manejo de parto expectante y sus complicaciones.

3.2.4 Determinar las particularidades en el manejo de parto inducido y sus complicaciones.

3.2.5 Establecer la frecuencia entre manejo de parto de manera espontánea o inducida.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.

4.2. Área de estudio

Área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Ubicado en la ciudad de Cuenca en la Avenida 12 de abril y Arupos, parroquia Huayna Capac, nivel II atiende a pacientes de Zona 6 que comprende las provincias de Cañar, Azuay y Morona Santiago.

4.3 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra.

Se calculó el tamaño de la muestra según variables de exclusión dentro de un universo de 1754 y se estudió una muestra de 100 pacientes que acudieron en labor de parto espontaneo o inducido atendidas en el área de obstetricia en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019. Dentro de la recolección de la muestra se excluyó información de la base de datos en las que existían historias clínicas mal llenadas, historias clínicas que no fueron parto normal. Por esta razón la muestra es de 100 pacientes.

$$\text{Fórmula: } n = \frac{2,05^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 1754}{0,1^2 \times (1754 - 1) + 2,05^2 \times 0,5 \times 0,5} = 99,18$$

4.4 Criterios de inclusión y exclusión.

| Inclusión | Exclusión |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Historias clínicas de pacientes atendidas en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso.- Historias clínicas de pacientes en labor de | <ul style="list-style-type: none">- Historias clínicas de Pacientes que requieran cesárea.- Historias clínicas con información incompleta. |



| | |
|--|--|
| parto espontaneo y sus complicaciones. - Historias Clínicas de pacientes en labor de parto inducido y sus complicaciones. | |
|--|--|

4.5. Variables

- Tipos de parto inducido o espontaneo
- Edad
- Nacionalidad
- Estado Civil
- Nivel de Instrucción
- Partos
- Gestas
- Cesárea
- Inducción
- Edad Gestacional
- Peso materno
- Complicación

La operacionalización de variables puede ser visualizada en el Anexo 1.

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

4.6.1. Método

Se realizó la observación de datos en historias clínicas en estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, y se eligió la información de acuerdo a los cuestionarios previamente realizados y necesarios para completar esta investigación.



4.6.2. Técnica

Analizar y catalogar las Historias Clínicas de las pacientes atendidas en el área de ginecología del Hospital “Vicente Corral Moscoso” según el manejo del parto, inducido o expectante.

4.6.3. Instrumentos: Formulario elaborado por los autores de acuerdo a objetivos

4.7. Tabulación y análisis

Para la tabulación de los datos y el análisis estadístico de estos, se utilizó el programa de EPI Info v.7.2.2.6, SPSS Statistics versión 15.0, y Excel 2016. El análisis se lo realizó con tablas simples de acuerdo a objetivos y como estadísticos se utilizaron: frecuencias, porcentajes y media.

4.8. Aspectos éticos

- Prevalecerá el derecho al paciente de proteger su integridad y la confidencialidad de la información obtenida en sus registros médicos, manteniéndose su anonimato sin transcribir sus nombres a los formularios.
- Posterior al análisis de la investigación los resultados obtenidos son con fines didácticos para el personal de salud del área.
- La información personal de cada paciente evidenciada en historias clínicas de la actual investigación solo fue manipulada por los autores con fines investigativos y se preservó la confidencialidad del paciente.
- Los formularios se archivaron bajo llave y la base de datos protegidos con contraseña a la que solo tienen acceso sus investigadores.
- Posterior a dicha investigación la información será eliminada y los formularios destruidos.



- El consentimiento informado no fue utilizado ya que la recolección de datos se la realizó de manera directa en las historias disponibles en el área de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Se buscó encontrar una atención de parto individualizada para las pacientes y así evaluar el riesgo/beneficio según cada caso.
- Los autores no tienen conflicto de interés.



CAPITULO V

RESULTADOS Y ANALISIS

En la tabla número uno se puede evidenciar que la mayoría de pacientes se encuentran entre dos grupos de edad de 15 – 19 años y entre 20 – 24 años (26%). Con una media de edad de 24 años y un DS de 6.86 Por otra parte la nacionalidad que sobresalió fue la ecuatoriana con un 81%, el nivel de instrucción predominante fue secundaria con un 74% y el estado civil que prevalece mayoritariamente fue casada en un 91%.

Tabla N°1. Distribución de 100 mujeres en labor de parto, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso año 2019, según características sociodemográficas.

| Cuenca – Ecuador 2021. | | |
|-----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Características Sociodemográficas | Frecuencia (n= 100) | Porcentaje (100%) |
| Edad (años) | | |
| 15 – 19 | 26 | 26 |
| 20 – 24 | 26 | 26 |
| 25 – 29 | 20 | 20 |
| 30 – 34 | 13 | 13 |
| 35 – 39 | 15 | 15 |
| Nacionalidad | | |
| <i>Ecuatoriana</i> | 81 | 81 |
| <i>Colombiana</i> | 1 | 1 |
| <i>Venezolana</i> | 18 | 18 |
| Instrucción | | |
| <i>Primaria</i> | 2 | 2 |
| <i>Secundaria</i> | 74 | 74 |
| <i>Tercer Nivel</i> | 24 | 24 |
| Estado Civil | | |
| <i>Soltera</i> | 2 | 2 |
| <i>Casada</i> | 91 | 91 |



| | | |
|--------------------|-----|-----|
| <i>Union Libre</i> | 7 | 7 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: formulario de recolección de datos

Autores: Quinde Claudia - Rodriguez Gorky

Realizando un análisis de la tabla número 2 de las características gineco-obstetricas se evidencia que el 41% de pacientes tuvieron una gesta al igual que un antecedente de parto de manejo expectante.

La edad gestacional de la mayoría de pacientes fue 40 semanas de gestación representando el 24%, el mayor porcentaje de peso materno de 25% fue entre 66 a 70 kg.

Tabla N°2. Distribución de 100 mujeres en labor de parto, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso año 2019, según antecedentes gineco-obstetricos.

| Cuenca – Ecuador 2021. | | |
|-----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Antecedentes Ginecobstetricos | Frecuencia (n= 100) | Porcentaje (100%) |
| Gestas | | |
| 1 | 41 | 41 |
| 2 | 28 | 28 |
| 3 | 19 | 19 |
| 4 | 8 | 8 |
| 5 | 4 | 4 |
| Partos | | |
| 0 | 41 | 41 |
| 1 | 28 | 28 |
| 2 | 19 | 19 |
| 3 | 8 | 8 |
| 4 | 4 | 4 |
| Cesarea | | |
| 0 | 100 | 100 |
| Edad Gestacional (semanas) | | |
| 33 | 3 | 3 |



| | | |
|--------------------------|------------|------------|
| 34 | 4 | 4 |
| 35 | 0 | 0 |
| 36 | 7 | 7 |
| 37 | 11 | 11 |
| 38 | 14 | 14 |
| 39 | 21 | 21 |
| 40 | 24 | 24 |
| 41 | 16 | 16 |
| Peso Materno (Kg) | | |
| 60-65 | 5 | 5 |
| 66-70 | 25 | 25 |
| 71-75 | 23 | 23 |
| 76-80 | 22 | 22 |
| 81-85 | 16 | 16 |
| 86-90 | 7 | 7 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: formulario de recolección de datos

Autores: Quinde Claudia - Rodríguez Gorky

En la tabla número 3 se evidencia que del total de la muestra el 64% de partos fueron inducidos ($n = 64$) representando la mayor frecuencia de tipo de manejo de parto y el manejo de parto expectante fue con una frecuencia del 36 %.

Tabla N°3. Distribución de 100 mujeres en labor de parto, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso año 2019, según conducta en la labor de parto.

| Cuenca – Ecuador 2021. | | |
|------------------------|---------------------|-------------------|
| Inducción | Frecuencia (n= 100) | Porcentaje (100%) |
| <i>Si</i> | 64 | 64 |
| <i>No</i> | 36 | 36 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: formulario de recolección de datos

Autores: Quinde Claudia - Rodríguez Gorky



En la tabla número 4 se observó que del total de pacientes el 74% no presentaron complicación alguna durante el parto, la complicación que se observó mayormente fue fiebre con el 7% seguida de hemorragia postparto en el 4% de ellas al igual que desgarro perineal grado I e hipotonía uterina. Otras complicaciones que se reflejaron fueron taquisistolia y desgarro perineal grado II en el 3% de las pacientes. Y la complicación que se presentó en menor porcentaje fue desgarro perineal grado III.

Tabla N°4. Distribución de 100 mujeres en labor de parto, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso año 2019, según complicaciones durante el parto.

| Cuenca – Ecuador 2021. | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Complicaciones | Frecuencia(n=100) | Porcentaje (100%) |
| <i>Fiebre</i> | 7 | 7 |
| <i>Hemorragia posparto</i> | 4 | 4 |
| <i>Hipotonía uterina</i> | 4 | 4 |
| <i>Desgarro perineal GI</i> | 4 | 4 |
| <i>Desgarro perineal GII</i> | 3 | 3 |
| <i>Desgarro perineal GIII</i> | 1 | 1 |
| <i>Taquisistolia</i> | 3 | 3 |
| <i>Ninguna</i> | 74 | 74 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: formulario de recolección de datos

Autores: Quinde Claudia - Rodriguez Gorky



En la tabla número 5 del total de partos inducidos solo el 22 de ellos presentaron complicaciones representando el 22%, el 7% de complicaciones fue fiebre la cual fue la complicación mayormente presentada y la complicación que se presentó en menor frecuencia fue Desgarro perineal grado III en un 1% de las pacientes.

Tabla N°5. Distribución de 22 mujeres que tuvieron un parto inducido complicado, atendidas en el área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso año 2019, según complicaciones durante el parto inducido.

| Cuenca – Ecuador 2021. | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Complicaciones durante parto inducido | Frecuencia(n=100) | Porcentaje (100%) |
| <i>Fiebre</i> | 7 | 7 |
| <i>Hemorragia posparto</i> | 4 | 4 |
| <i>Hipotonía uterina</i> | 4 | 4 |
| <i>Desgarro perineal GI</i> | 2 | 2 |
| <i>Desgarro perineal GII</i> | 1 | 1 |
| <i>Desgarro perineal GIII</i> | 1 | 1 |
| <i>Taquisistolia</i> | 3 | 3 |
| Total | 22 | 22 |

Fuente: formulario de recolección de datos

Autores: Quinde Claudia - Rodriguez Gorky



CAPITULO VI

DISCUSION

En el presente estudio la media de edad fue de 24 años y en un estudio realizado en la Ciudad de México en el 2018 por Villalpando Diana, con una muestra de 100 pacientes, la media de edad fue de 21 años, al comparar el rango de edad se pudo evidenciar que ha menor edad existe una mayor probabilidad de un manejo de parto inducido, motivo por el cual en nuestro estudio se evidencia un porcentaje menor (64%) comparado con el de Villalpando Diana que evidencia un 68.2% de pacientes inducidas durante el parto. (26)

En este estudio la mayoría es decir el 24% de las pacientes se encontraban dentro de las 40 semanas de edad gestacional en comparación con un estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el 2020, en la ciudad de Quito por Miguel Albán, con una muestra de 303 pacientes, el 51% de rango de edad gestacional mayoritario se encontró entre las 39 semanas de gestación, esta edad gestacional mayor de nuestro estudio pudo ser un factor determinante para la decisión de inducción del parto, ya que el embarazo se encontraba a término, las pacientes eran jóvenes y la mayoría nulíparas. (23)

Es nuestro estudio la mayoría de pacientes (48%) presentaron como antecedente ginecobstétrico 0 partos frente a un estudio realizado en la Universidad Autónoma de México en el 2020 por Alarcón Julio con una muestra de 159 pacientes, en donde se evidencia como antecedente ginecobstétrico de partos dos (59%), factor que pudo condicionar el tipo de manejo de parto, en este caso inducido, dado que en nulíparas el parto tardaría más y esto podría llevar a complicaciones tanto para ella como para el feto. (27)

En un estudio observacional retrospectivo realizado por Martín Leticia y otros en Valdecilla en el año 2017, se buscó analizar los beneficios y riesgos de un manejo normal de parto frente a la inducción en mujeres gestantes a término. En el que se logró evidenciar que de una muestra de 380 mujeres el 47.9%



fueron sometidas a un manejo de parto inducido frente a los resultados obtenidos en nuestra investigación en la que fue el 64% representando un porcentaje mayor, diferencia que se debe a que en el estudio de Martín Leticia y otros mencionan que el tipo de manejo de parto que predominó en elección fue normal, tanto por la paciente como por el profesional médico. Según un estudio realizado en la ciudad de México por Estrada Eduardo dentro de un grupo de estudio de 68 pacientes, el 50% de su muestra fue sometida a inducción de parto y comparando con nuestros resultados se llega a una similitud con el porcentaje de inducción obtenido en nuestro estudio. (24,25)

En los resultados de Albán demuestra que el 11% de las pacientes recibieron inducción y en este estudio se demuestra un porcentaje mayor en el que el 64% de la muestra total de pacientes se sometió a inducción de trabajo de parto. Esto se debe a que en el estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suarez sus autores mencionan que existen mayor cantidad de partos que optan un manejo por cesárea, variable que en nuestra investigación queda como criterio de exclusión. (23)

Se evidencia que del total de la muestra de la investigación atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca en el año 2019 el 64% tuvo un manejo de parto inducido por hipodinamia uterina, siendo un porcentaje alto en comparación con los últimos resultados de la OMS en su encuesta mundial en Salud Materna y Perinatal en el año 2013 en donde se mostró que la prevalencia promedio de inducción de trabajo de parto es del 10.5%, lo que nos lleva a pensar que tal vez las guías para inducir un parto no se estén siguiendo correctamente por lo que presentamos un porcentaje (64%) tan elevado comparado con la encuesta mundial de la OMS, otro motivo por el cual puede existir esta brecha amplia entre porcentajes, puede ser debido al tamaño de la muestra que se analizó en cada investigación. (21)

Coincidiendo con otras referencias bibliográficas existieron complicaciones al inducir el parto, en la presente investigación la complicación de mayor frecuencia fue fiebre en el 7% de las pacientes sometidas a inducción de parto,



mientras que en un estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suarez en la ciudad de Quito, Albán menciona que su complicación mayoritaria fue la hemorragia postparto con un 5% en el total de su muestra.(23) Lo cual puede deberse a que la frecuencia de inducción fue menor en su grupo de muestra que en nuestra investigación. Otra razón en esta diferencia de complicaciones se puede deber al medicamento que se utilizó al momento de la inducción.

En replica al objetivo planteado y a la evidencia de los resultados, se puede concluir que no existen diferencias significativas en riesgo y beneficio en ambas conductas de manejo de parto, pues no se observaron mejores o peores resultados.

CAPITULO VII



CONCLUSIONES

Mediante los resultados obtenidos en la actual investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de pacientes que acudieron en labor de parto pertenecen a una media de edad de 24 años representando el 26%, el 91% de la totalidad de pacientes son casadas y su nivel de instrucción predominante es secundaria en un 74%.
- El 36% de partos se los manejó de manera expectante y 64% de ellos fueron mediante un manejo inducido.
- De los 36 partos atendidos por manejo expectante 4 presentaron complicaciones.
- Del total de 100 partos atendidos 64 partos fueron inducidos por hipodinamia uterina de los cuales 22 pacientes presentaron complicaciones debido a la inducción.
- Existe una mayor frecuencia de inducción de parto con una 64% de pacientes en comparación con el 36% con manejo normal.

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos en la actual investigación los autores pueden recomendar que al momento de elegir el tipo de manejo de parto



ya sea este expectante o inducido, se escoja según características individuales de cada paciente y cada profesional de salud debería basarse en la guía de recomendaciones de la OMS frente a esta clase de manejo, para así evitar complicaciones en cualquiera de los dos casos. Como limitaciones de nuestra investigación presentamos una muestra limitada debido a variables de exclusión como cesárea y a historias clínicas con información insuficiente, por lo que debieron ser excluidas al momento de recolección de datos, se recomienda que en futuras investigaciones se realice comparaciones entre instituciones privadas y públicas para tener datos más certeros de la frecuencia de inducción en partos.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guía de práctica clínica [En línea] 2015. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.
2. Hagood Milton S. Normal Labor and Delivery. Medscape. [En línea] 24 de 06 de 2019. <https://emedicine.medscape.com/article/260036-overview>.
3. Crist C. Manual de ginecología y obstetricia. Medscape. [En línea] 04 de 12 de 2019. [Citado el: 21 de 11 de 2020.] <https://www.medscape.com/viewarticle/92194>.
4. Vrees R. Induction of labor. Medscape. [En línea] 12 de 4 de 2018. [Citado el: 21 de 11 de 2020.] <https://emedicine.medscape.com/article/2500091-overview#a3>.
5. World Health Organization. Inducción electiva frente a parto espontaneo en latinoamerica. World Health Organization. [En línea] 2011. [Citado el: 11 de 23 de 2020.] <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/08-061226-ab/es/>.
6. Aragón JP, Ávila MA, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F, Castilla A. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Medigraphic. [En línea] 05 de 2017. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175f.pdf>.
7. Villalpando D. Efectividad de los distintos métodos de inducción de trabajo de parto. UNAM. [En línea] 2018. [Citado el: 24 de 11 de



2020.] https://repositorio.unam.mx/contenidos/efectividad-de-los-distintos-metodos-de-induccion-de-trabajo-de-parto-447368?c=pNnPa8&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0

8. Levine L, Downes K, Elovitz Mch, Parry S, Sammel M, Srinivas S. Mechanical and Pharmacologic Methods of Labor Induction: A Randomized Controlled Trial. NCBI. [En línea] 2016. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127406/pdf/nihms822551.pdf>.
9. Grobman W, Sandoval G, Reddy U, Tita A, Silver R, Mallett G, Hill K. Health resource utilization of labor induction versus expectant management. Pubmed. [En línea] 4 de 2020. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31930993/>.
10. INEC. Registros estadísticos de nacidos vivos y defunciones fetales. INEC. [En línea] 2019. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/.
11. Coates D, Makris A, Catling Ch, Henry A, Scarf V, Watts N, Fox D, Thirukumar P, Wong V. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour. Plos One. Rev Plos One. [En línea] 01 de 2020. [Citado el: 23 de 11 de 2020.] <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228196>.
12. William A, Madeline M, Uma M, Alan TN, Robert M, Gail R, Kim Hill R, Elizabeth A. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. The new england journal of medicine. [En línea] 09 de 08 de 2018. [Citado el: 22 de 11 de 2020.] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1800566>.



13. Eriksson A, Krebs L, Jeppesen S. Induction of labour in nulliparous women- quick or slow: a cohort study comparing slow-release vaginal insert with low-dose misoprostol oral tablets. BMC. [En línea] 7 de 2 de 2020. [Citado el: 22 de 11 de 2020.] <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2770-0>.
14. Derirdre D, Karin C, Blignaut A, Blix E, Britt A, Dencker A, Beeckman K, Mechthild G, Pehlke J. How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. Plos One. Rev Plos One. [En línea] 28 de 07 de 2020. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227941>.
15. Romana B, Spoerri E, Schaffer L, Zimmerman R, Haslinger Ch y otros. Induction of labor and postpartum blood loss. Pub Med. [En línea] 25 de 07 de 2019. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31345178/>.
16. Little S. Elective Induction of Labor: What is the Impact?. Pubmed. [En línea] 12 de 2017. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29078942/>.
17. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther C, Gomersall J . Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. Cochrane Library. [En línea] 15 de 07 de 2020. [Citado el: 24 de 11 de 2020.] <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub5/full>.
18. Aragon JP, Avila MA, Beltran J, Calderon E, Caldiño F, Castilla A, Garcia M, Gil J. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Scielo. [En línea] 05 de 2017. [Citado el: 21 de 11 de 2020.]



http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314.

19. Repetto J, Serra J, Pascuzzo L, Camus G, Campos J. Guía de practica clínica Inducción al parto y Maduración cervical. Repositorio Hospital materno infantil Ramón Sardá [En línea] 2019. [Citado el: 21 de 11 de 2020.] http://www.sarda.org.ar/images/GPC_Induccion-Maduracion_cervical_HMIRS.pdf.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. IMSS. [En línea] 2019. [Citado el: 22 de 11 de 2020.] <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>.
21. World Health Organization. Managing Complication in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO. [En línea] 2017. [Citado el: 14 de 06 de 2021.] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>.
22. GUALTA D, PALAGUACHI T. Frecuencia de cesáreas como consecuencia de inducto- conducción fallida en pacientes ingresadas en el Hospital Básico de Pelileo en el periodo de enero 2015- enero 2017. DSPACE. [En línea] 09 de 2017. [Citado el: 15 de 06 de 2021.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12903/1/T-UCE-0006-002-2017.pdf>.
23. Alban M. “Evaluación del puntaje de bishop original versus el bishop simplificado en pacientes de 37 a 41 semanas sometidas a conducción de la labor de parto, en relación a la vía de terminación del embarazo durante el año 2017-2018 en el hospital pablo arturo suárez”. PUCE. Repositorio de Pontificia Universidad Catolica del Ecuador [En línea]



2020. [Citado el: 18 de 06 de 2021.]
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18336/TESIS%20FINAL%2014-07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

24. Martin L, Abascal D, Chico L, Rodriguez V, Hernandez C . Manejo expectante frente a inducción en el abordaje de la rotura prematura de membranas. ENFERMERIA 21. Revista de metas de enfermería [En línea] 03 de 2019. [Citado el: 22 de 07 de 2021.]
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/81366/manejo-expectante-frente-a-induccion-en-el-abordaje-de-la-rotura-prematura-de-membranas/>.
25. Estrada E. Inducción de Labor de parto contra manejo expectante en pacientes derechohabientes del hospital central del norte pemex con embarazo complicado por diabetes gestacional, para control de la incidencia de cesareas, durante el periodo dde agosto del 2014 a marzo del 2016. UNAM repositorio digital [En línea] 03 de 2016. [Citado el: 03 de 09 de 2021.] <http://132.248.9.195/ptd2016/julio/0747246/Index.html>
26. Villalpando D. Efectividad de los distintos medotos de inducción de trabajo de parto. UNAM repositorio digital [En línea] 2018. [Citado el: 06 de 09 de 2021.] <http://132.248.9.195/ptd2018/julio/0776812/Index.html>
27. Alarcón J. Comparación de la inducción de trabajo de parto a las 40 y 41 semanas. UNAM repositorio digital [En línea] 2018. [Citado el: 06 de 09 de 2021.] <http://132.248.9.195/ptd2020/marzo/0801319/Index.html>



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca

CAPITULO IX

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables



| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|-----------------------------|--|---------------------|---|---|
| Edad | Tiempo de existencia desde el nacimiento | Cualitativa Ordinal | Edad en historia clínica | Númerica entre 15 a 45 años |
| Estado Civil | Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. | Cualitativa Nominal | Estado civil registrado en historia clínica | Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre |
| Nacionalidad | Lugar de nacimiento de un individuo. | Cualitativa Nominal | Procedencia registrada en historia clínica. | Ecuatoriana Extranjera:_____ |
| Nivel de instrucción | Grado más elevado de estudios o en curso. | Cualitativa Ordinal | Nivel registrado en historia clínica | Primaria Secundaria Tercer Nivel |



| | | | | |
|------------------|--|----------------------|--|------------------|
| Parto | Culminación del embarazo hasta el periodo de salida del producto. | Cualitativa Nominal. | Número de partos registrados en la historia clínica. | Partos: _ _ |
| Gestas | Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento. | Cualitativa nominal | Número de gestas registradas en la historia clínica | Gestas: _____ |
| Cesárea | Intervención quirúrgica que tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de laparotomía en incisión de la pared uterina. | Cualitativa nominal | Número de cesáreas registradas en la historia clínica. | Cesáreas: _ |
| Inducción | Proceso de estimulación de las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que el trabajo de parto | Cualitativa Nominal. | Registro evidenciado en historia clínica. | Si: __ No: __ |



| | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|--|--------------------------|
| | comience solo para poder tener el parto vaginal. | | | |
| Edad Gestacional | Es el tiempo transcurrido desde la fecha de la concepción hasta la fecha actual. | Cualitativa Ordinal | Registro evidenciado en la historia clínica. | Edad en número: ____ |
| Peso Materno | Fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano. | Cualitativa Ordinal | Registro evidenciado en la historia clínica. | Peso en kilogramos: ____ |
| Complicaciones | Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento | Cualitativa nominal | Registro evidenciado en la historia clínica. | Ninguna Tipo: ____ |



Universidad de Cuenca

Anexo 2: Formulario de recolección de datos

Ficha Clínica de Datos

Edad: Años



Nacionalidad: Ecuatoriana_____ Extranjera_____

Nivel de instrucción:

Primaria () Secundaria () Tercer nivel ()

Estado civil:

Soltera () Casada () Divorciada () Viuda ()
Unión libre ()

Paridad:

Gestas () Partos () Cesáreas ()

Parto Inducido:

Si () No ()

Peso Materno:

Kg ()

Edad Gestacional:

Complicaciones:

Ninguna () Tipo_____